

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

274

pour le

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

par

Simon TÜRК

né le 7 Octobre 1912, à Rohozna (Roumanie)

lichen plan aurique

Président : Monsieur ABRAMI, Professeur.

Librairie L. RODSTEIN

17, rue Cujas - PARIS-5^e

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

pour le

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

par

Simon TÜRK

né le 7 Octobre 1912, à Rohozna (Roumanie)

lichen plan aurique

Président : Monsieur ABRAMI, Professeur.

Librairie L. RODSTEIN

17, rue Cujas - PARIS-5°

1939

Le Doyen . . . TIFFENEAU.

I. Professeurs

	MM.
Anatomie	VERNE
Physiologie	MOCQUOT
Physique médicale	ROUVIERE
Chimie médicale	Léon BINET
Bactériologie	STROHL
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	POLONOVSKI
Pathologie et thérapeutique générales	Robert DEBRE
Pathologie médicale	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN
Anatomie pathologique	ABRAMI
Histologie	MONDOR.
Pharmacologie et matière médicale.....	LEROUX
Thérapeutique	CHAMPY
Hygiène et médecine préventive	TIFFENEAU
Médecine légale	HARVIER
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	TANON
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNE. LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BALTHAZARD
Clinique médicale	FIESSINGER
	CHIRAY
	LOEPER
	CARNOT
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CLERC
Clinique des maladies des enfants.....	Marcel LABBE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LEREBoullet
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NOBECOURT
Clinique des maladies du système nerveux.....	H. CLAUDE
Clinique des maladies infectieuses.....	GOUGEROT
	GUILLAIN
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE
Clinique urologique	LENORMANT
	TERRIEN
Clinique d'accouchements	CHEVASSU
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMATRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU
Clinique de cardiologie	LAUBRY
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	SANNIE
	LEVY-SOLAL

II. Agrégés en exercice

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgi-cale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne ..	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin ..	Hydrologie
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique
FEY	Urologie
FUNCK	Pathologie chirurgi-cale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	Pathologie chirurgi-cale.
D'ALLAINES	
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie
HAGNENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngo-logie.
HUGUENIN	Anatomie pathologi-gue.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

ANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi-cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psy-chiâtrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgi-cale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgi-cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgi-cale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgi-cale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi-cale.

III. Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGRAVE	Pharmacologie.
	Physiologie.
BUSQUET	Pathologie chirurgi-cale.
CHAILLEY-BERT ...	
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgi-cale.

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgi-cale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgi-cale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

*Qu'ils veuillent trouver ici la marque la
plus touchante de mon profond
amour filial et de ma reconnaissance
pour leurs affections, leur dévouement,
leurs sacrifices.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI,

*Professeur de Pathologie Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Broussais,
Officier de la Légion d'Honneur.*

*Qui nous a fait le très grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommage et profond respect.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN,

*Médecin Honoraire de l'Hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de Médecine,
Président de la Ligue contre le péril vénérien.*

*Très haut exemple de probité et de
sagesse, qui nous a fait le très grand
honneur de nous guider dans notre
travail.*

*Hommage et gratitude profonde pour
l'accueil qu'il nous a réservé dans son
service.*

INTRODUCTION

Le lichen plan aurique est une dermatose médicamenteuse qui apparaît à la suite d'un traitement par les sels d'or. Malgré la nouveauté relative de ce traitement, le nombre des lichens plans auriques observés à l'heure actuelle est plus considérable que celui des lichens plans arsenicaux. Nous nous inspirerons des beaux travaux de M. Milian.

Nous rapprocherons les éruptions de lichen plan survenant au cours des traitements par l'or de ces mêmes éruptions de lichen plan typique et nous chercherons si ces faits ne doivent pas être considérés comme des réveils d'infection ou d'un microbisme latents, comme des phénomènes biotropiques.

NOUS ADOPTONS DANS CE TRAVAIL LE PLAN SUIVANT :

I. — Notions sommaires sur le biotropisme.

II. — Description clinique du lichen plan aurique.

A) Formes typiques.

Intenses généralisées.

B) Formes atypiques.

Stomatite opaline.

Formes associées.

Formes lichenifiées.

Le diagnostic des formes atypiques.

III. — Enseignements qui en découlent.

Nature tuberculeuse vraisemblable.

IV. — Conclusions.

I. — NOTIONS SOMMAIRES SUR LE BIOTROPISME

Qu'est-ce donc que le biotropisme ?

C'est à M. Milian que nous devons cette découverte, riche d'aperçus théoriques et de conséquences thérapeutiques nouvelles.

« ... Il existe, dit M. Milian, des cas nombreux où l'introduction de substances chimiques dans l'organisme, au lieu de tuer les parasites, en activent la vitalité et la virulence... C'est là le biotropisme. Au cours des diverses cures médicamenteuses (anti-rhumatismales, anti-diphthériques ou de toute autre maladie), on voit survenir fréquemment des accidents variés, à l'occasion de l'administration du médicament spécifique de cette maladie. Or, comme les accidents n'ont aucun rapport connu avec la maladie initiale et qu'ils surviennent à l'occasion de l'administration du médicament, classiquement, on les dit toxiques ; en réalité bien souvent, ils sont biotropiques, c'est-à-dire éveillent la virulence d'un microbisme latent de l'organisme... »

Et dans son livre : *Le Biotropisme*, entre autres exemples nombreux, il rapporte l'observation suivante:

« Un sujet d'une quarantaine d'années a eu, vers l'âge de vingt ans, des poussées de furonculose, ayant évolué pendant deux ou trois ans. Sous l'influence de régimes, de traitements variés, peut-être même sous l'influence seule de la dépense naturelle de l'organisme, la furonculose s'est éteinte et le patient a oublié cet antécédent pathologique. Or, à l'occasion d'une syphilis ancienne ou récente, un traitement anti-syphilitique par le 914 est institué. Après la 2^e injection, 5 ou 6 furoncles apparaissent sur la peau en des points variés. Une injection nouvelle de 914, faite quelques jours après, produit, à nouveau, une éruption d'autres furoncles et ainsi de suite, pendant cinq ou six injections... Mais à chaque injection nouvelle, l'importance de la poussée de furonculose diminue. »

« C'est là, conclut M. Milian, un réveil indiscutable d'une infection staphylococcique, sous l'influence de l'injection intra-veineuse du médicament arsénobenzoïque. Ce fut le premier exemple évident et facilement démontrable du biotropisme qui me frappa. »

A la base du biotropisme, il y a, on le voit, la notion d'un microbisme latent de micro-organismes pathogènes — d'infections latentes — infections qui peuvent passer inaperçues ; qui peuvent être la cause d'un grand nombre de malaises vagues mais qui resteront des malaises ; ou qui « souvent », selon l'expression vulgaire et vont éclore, en phénomènes aigus, au moindre choc, choc physique, choc toxinien, choc médicamenteux surtout.

M. Milian distingue des *phénomènes de biotropisme direct*, c'est-à-dire de réveil ou d'exaltation du microbe ou de l'agent infectieux combattu : exaltation du tréponème, réactivation de la réaction de Wassermann, dans la syphilis, au cours de traitements spécifiques à doses insuffisantes, etc. *Les phénomènes de biotropisme indirect* : réveil d'infections latentes n'ayant aucun rapport avec la maladie traitée. Ce sont ces faits de biotropisme indirect qui nous retiendrons surtout.

Des infections et des toxines peuvent réveiller d'autres infections : l'action tuberculisante de la rougeole est connue ; la syphilis peut déclencher des érythèmes noueux et des zonas. Nous insisterons sur l'action biotropique des agents médicamenteux :

Le mercure produit des stomatites où l'association fuso-spirillaire prédomine et joue le principal rôle pathogène. « Cela est tellement vrai, écrit M. Milian, que si l'on nettoie avec le plus grand soin la bouche, surtout avant et au cours d'un traitement mercuriel, jamais il ne se déclare de stomatite. Par contre la moindre dent cariée, même à un léger degré, est le point de départ d'une stomatite. »

Le bismuth déclenche des affections de la bouche du même ordre.

M. Milian a étudié, avec beaucoup de détails et une grande précision, les accidents des arsénobenzènes, et plus spécialement les érythèmes. Il y a des érythèmes toxiques et des érythèmes biotropiques. Les premiers, que M. Milian appelle des « érythrodermies vésiculocédémateuses » se présentent sous la forme d'érythèmes

généralisés avec œdème des membres, des paupières, avec des vésicules capables de suinter comme l'eczéma. Erythèmes toxiques de fin de cure, ils apparaissent toujours « après une période plus ou moins longue d'imprégnation de l'organisme par le médicament et cela d'une manière extraordinairement variable suivant la prédisposition du sujet. »

Les érythèmes biotropiques, M. Millian les a appelés les érythèmes du 9^e jour. Ils apparaissent autour du 9^e jour qui suit l'injection du 914. Ils montrent une véritable incubation fixe comme des fièvres éruptives. Ils se manifestent au début du traitement, avant l'imprégnation de l'organisme par l'arsenic. Ils débutent le plus souvent par une angine ; s'accompagnent des phénomènes généraux infectieux, avec adénopathies de même nature et donnent naissance à de véritables épidémies. Erythèmes rubéoliformes ou scarlatiniformes, « dont l'apparition est fonction du temps et non pas de la dose du médicament », ce sont de véritables rougeoles et de véritables scarlatines, réveillées par l'agent chimique.

M. Millian a signalé aussi le développement du pityriasis rosé de Gibert et du lichen plan.

Quelle est la pathogénie de ces accidents biotropiques, de ces réveils d'infections latentes ?

Examinant les deux hypothèses : de l'altération de l'organisme permettant la pullulation microbienne — et de l'exaltation de virulence des micro-organismes par l'agent médicamenteux, M. Milian prend nettement parti et attribue à cette dernière l'immense majorité des cas de biotropisme.

« ... Ce qui montre, écrit M. Milian, qu'il s'agit d'exaltation de virulence et non pas d'altération de l'organisme ou de destruction de l'immunité c'est que, dans le cas de biotropisme, l'accident infectieux se déclare avec une dose minime de médicament, tandis qu'il disparaît en continuant et surtout en augmentant les doses. »

De ses recherches sur le biotropisme découlent, d'après l'auteur, les conséquences thérapeutiques suivantes : on devra continuer le traitement médicamenteux au lieu de le suspendre, quand il s'agit de biotropisme direct et non d'intoxication. S'agit-il de biotropisme indirect, on devra traiter l'infection déclanchée (paludisme par la quinine, rhumatisme par le salicylate, infections straptococciques par les sérums appropriés, etc.) Et on pourra continuer ensuite, sans coup férir, jusqu'aux plus hautes doses, les médications primitives employées. (V. Milian. *Le Biotropisme*).

II. — DESCRIPTION CLINIQUE

FORMES TYPIQUES

Le lichen plan aurique typique se manifeste cliniquement avec la même symptomatologie que le lichen plan, sous forme d'une petite papule, d'un rose rouge ou d'un rose tirant sur le jaunâtre, vaguement arrondie ou polygonale, nettement limitée, un peu globuleuse, mais aplatie à son sommet un peu néoplasique, légèrement infiltrée, brillant sous les incidences de lumière.

A son début la papule est minuscule et n'est visible qu'à la loupe, cependant dès ce stade, la lésion histologique caractéristique est déjà constituée. Peu à peu, elle augmente de volume et arrive à avoir la dimension d'une tête d'épingle ou d'une toute petite lentille. Les papules sont bien isolées les unes des autres, au début de l'éruption. Leurs limites sont nettes, précises, rectilignes.

La coloration des papules varie suivant la marche de l'éruption. Elle est habituellement d'un rose rouge ; dans les formes torpides elle est un peu jaunâtre ; tandis que dans les formes aiguës elle prend une teinte rouge vif.

Ce qui caractérise le plus la papule, c'est son aspect brillant.

Elle donne l'impression d'une infiltration des couches superficielles du derme : aspect néoplasique.

Les papules n'augmentent pas indéfiniment de volume et d'étendue, elles ne dépassent pas les dimensions de 3 à 4 millimètres, mais elles peuvent se multiplier à l'infini et former des nappes plus ou moins étendues par confluence. Un caractère nouveau apparaît qui n'existait pas sur les papules isolées : un enduit squameux fin, grisâtre, très adhérent, qui s'effrite sous le grattage en une fine poussière.

FORMES ATYPIQUES

C'est le lichen plan aurique typique, *mais il est bien rare qu'une dermatose idiopathique déclanchée par un médicament reste pure dans sa symptomatologie, elle est le plus souvent déformé par celui-ci.*

L'or surtout provoque les déformations les plus considérables du lichen plan.

Il peut arriver que le lichen plan aurique biotrope au lieu d'être un lichen plan papuleux simple se complique en divers points, de lichen corné, verruqueux, spinulosique, etc., ainsi qu'il existait dans une observation de MM. Gougerot, Blum et Durel où se trouvaient réunis le lichen pigmenté, lichen spinulosus, lichen corné, lichen verruqueux, le tout survenu à la sixième injection d'or au vingt-huitième jour du traitement après un total de 0 gr. 60 de crisalbine intraveineuse, les

0,05 0,10 0,15

doses ayant été de $\frac{\quad}{2}$, $\frac{\quad}{2}$, $\frac{\quad}{2}$, ce qui montre que

les petites doses ne mettent pas à l'abri de ces accidents. Une stomatite ulcéreuse précéda ces éruptions. Il s'agissait du traitement d'une tuberculose pulmonaire.

Coste, Forestier et Bourderon font très justement re-

marquer que « la fréquence, la nature et la gravité des accidents varient selon la maladie traitée. Les réactions du tuberculeux pulmonaire à l'or diffèrent de celles du syphilitique, du rhumatisme chronique, du lupus, du malade atteint de septicémie. » Cette constatation est conforme à la conception du biotropisme direct, comme cause prédominante des accidents.

STOMATITE OPALINE

MM. Gougerot et Burnier ont proposé récemment de considérer la stomatite nacréée, leucokératosique et parfois érosive que l'on observe à la suite de l'injection de sels d'or comme étant un lichen plan buccal déclenché par l'aurothérapie.

FORMES ASSOCIEES

Dans d'autres cas, le lichen plan aurique est modifié dans son évolution, par l'association d'autres dermatoses telles que médaillons psoriasiformes, de l'eczéma craquelé qui sont des dermatoses d'origine tuberculeuse (Milian).

FORMES LICHENIFIEES

La forme la plus usuelle du lichen plan aurique, d'après M. Milian, est constitué par des papules plates de la dimension d'une lentille ou davantage, confluant les unes avec les autres jusqu'à donner l'aspect de la lichenification. Mais c'est une lichenification œdémateuse tout en étant légèrement violacée.

LE DIAGNOSTIC DES FORMES ATYPIQUES

L'examen biotologique lui-même ne permet pas toujours de porter le diagnostic, car c'est la lichenification qui domine, mais l'évolution clinique apporte en général la solution du problème, car ces lésions de lichenification en guérissant laissent à leur place des taches pigmentaires noirâtres d'une teinte allant du café au lait jusqu'au noir encre de chine et c'est ce reliquat pigmentaire si commun à la période de guérison du lichen plan qui permet de faire le diagnostic rétrospectif.

LOCALISATIONS

Le lichen plan aurique se développe comme le lichen plan typique avec prédilection à la face antérieure des poignets, sur les avant-bras, la partie inférieure de l'abdomen, la région lombaire, les parties latérales du tronc, les parties génitales, les membres inférieurs. Le cou et la face sont pris seulement dans les formes aiguës particulièrement intenses.

Le lichen plan aurique prend un aspect particulier au niveau du cuir chevelu, de la paume des mains, de la plante des pieds et sur la muqueuse buccale.

CUIR CHEVELU

Cette localisation est rare. Les lésions s'y présentent sous forme de plaques d'un rouge grisâtre, recouvertes d'un enduit squameux très adhérent ; les bords sont légèrement saillants par rapport au centre un peu affaissé. L'alopécie est plus ou moins prononcée, parfois totale.

PAUME DES MAINS ET PLANTE DES PIEDS

C'est à M. Brocq que l'on doit la meilleure description des localisations palmaire et plantaire. Elles apparaissent comme des taches d'un blanc jaunâtre situées au-

dessous de l'épiderme corné et très légèrement saillantes. On a l'impression que ce sont des vésicules, mais si l'on essaie de les vider, on voit que ces lésions sont sèches. Elles peuvent être plus ou moins nombreuses, ces lésions ont tendance au bout de quelque temps à desquamer.

MUQUEUSE BUCCALE

C'est une localisation de choix du lichen plan, elle est ou bien associée à du lichen plan du corps, ou parfois elle précède de quelques mois l'éruption cutanée, on a même observé du lichen plan buccal pur sans autres lésions des téguments.

La face interne des joues et la langue sont les plus fréquemment atteintes.

A la face interne des joues, la lésion débute en général au niveau de l'interligne dentaire, à la hauteur de la dernière molaire, puis s'étend en avant en même temps qu'il gagne par le haut et par le bas. Elle se présente sous forme de petites ponctuations minuscules, blanches, tranchant par leur couleur sur la teinte rosée de la muqueuse saine et pouvant rester ainsi isolées. Le plus souvent, elles se multiplient et se réunissent et forment alors soit un lacis irrégulier, soit un véritable réseau. Si l'on distend bien la muqueuse, on observe des stries blanches qui ont une disposition circinée, qui dessinent des cercles plus ou moins complets.

Au niveau de la langue, le lichen plan s'observe surtout sur la face dorsale puis sur les bords, plus rarement sur la face inférieure. Il s'y dispose tantôt sous

forme de plaques isolées (plaques en pains à cacheter blancs de Hallopeau) plus ou moins limitées, tantôt sous forme de traînées, de contours irréguliers, dues à la fusion d'éléments primitifs arrondis ou ovulaires. Elles ont une teinte d'un blanc mat, l'épiderme lingual est épaissi à leur niveau, les papilles y sont moins visibles et parfois même atrophiées. Au fur et à mesure qu'elles évoluent, leur surface devient comme dépapillée, scléreuse, d'un rouge grisâtre. Elles simulent à ce stade des plaques de leucoplasies, mais ces dernières sont plus nacrées. En étalant la langue entre deux compresses on voit que la surface de la plaque ne présente pas l'aspect uniforme de la leucoplasie, on y distingue les stries blanches déjà signalées à la joue. La lésion ne s'accompagne que rarement de sensations douloureuses ; il siège alors parfois sur une muqueuse érythémateuse ou même présente de légères exulcérations superficielles d'un rouge vif ou d'aspect diphtéroïde avec sertissure d'un rouge carminé. (Milian, Marcel Pinard, Gaté).

EVOLUTION

Le lichen plan typique évolue avec lenteur et peut persister des mois et des années. Dans certains cas, l'éruption se généralise assez rapidement aux avant-bras, aux bras, au tronc. Plus souvent elle s'étend lentement et progressivement par poussées successives entrecoupées de périodes d'arrêt et de rémission, les premières papules entrant en régression alors que les plus jeunes évoluent à leur tour.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La lésion histologique du lichen plan est une papule dermo-épidermique. La lésion initiale se place dans le corps papillaire et dans l'étage supérieur du derme et que les réactions épidermiques ne sont que secondaires et commandées par les lésions dermiques.

La lésion débute par une dilatation des anses papillaires et une légère ectasie du réseau sous-papillaire. Elle s'accompagne d'un léger œdème des papilles atteintes ensuite d'un infiltrat lympho et hystiocytaire plus marqué à la base qu'au sommet des papilles. Les pa-

pilles commencent à s'élargir et s'arrondir. L'épiderme est plutôt épaissie au début.

L'infiltrat localisé d'abord à la base des papilles atteint bientôt les sommets et forme une nappe cohérente qui arrive au contact de la basale et l'envahit, la dissocie, la disloque. L'infiltrat envahit même l'épiderme, il est formé en général par des cellules mononucléées, lymphocytes, fibrocytes, hystiocytes. On peut y trouver aussi quelques plasmocytes et mastocytes.

OBSERBATIONS

Première Observation

par MM. SEZARY et M. KIPFER

P... Genevière, âgée de 53 ans, nous consulte, le 16 juillet 1937, pour une éruption cutanée prurigineuse accompagnée d'une stomatite ulcéreuse et consécutive à un traitement aurique.

Cette malade est soignée pour une tuberculose pulmonaire droite depuis 1927. Traitée d'abord par le pneumothorax artificiel jusqu'en 1931, elle a été ensuite soumise à la chrysothérapie à la suite de l'extension des lésions au poumon gauche. D'octobre 1932 à janvier 1933, on lui a fait des injections de chrysabline (2 gr. 05), qu'on a dû cesser parce qu'il était survenu une éruption diffuse et une stomatite avec dysphagie, cette éruption guérit rapidement.

L'état pulmonaire demeure stationnaire jusqu'en 1937, sans autre traitement que des séjours prolongés à la campagne.

Le 9 février 1937, en raison d'un amaigrissement et d'un affaiblissement, on lui fit une série d'injections intramusculaires de myoral (suspension huileuse) dont

elle reçut 6 gr. 30 jusqu'au 22 mars. Le traitement fut bien toléré. Mais quinze jours après la dernière injection elle ressentit, comme en 1932, des brûlures dans la bouche et sur la langue, dans l'œsophage et même l'estomac, brûlures exacerbées par le contact des aliments et elle vit apparaître sur le corps, principalement aux avant-bras, au cou et sur le tronc, des taches rouges et de grosses papules prurigineuses. Depuis cette époque, le nombre et les dimensions des éléments n'ont fait que s'accroître.

Actuellement l'éruption est formée de deux types d'éléments dont le seul aspect justifie le diagnostic de lichénification hypertrophique circonscrite. Ce sont, soit des nappes papuleuses fortement infiltrées, de coloration rouge grisâtre, soit des nodules saillants, hémisphériques ou bosselés, roses ou violacés, fermes au toucher, recouverts pour la plupart de fines squames lamelleuses adhérentes. La surface des nodules est lisse dans la région à peau fine (aisselle, face interne des cuisses), elle est sèche ailleurs. Leurs diamètres varient de 1 à 4 centimètres.

L'éruption respecte le visage et le cuir chevelu. Quelques rares éléments se voient sur les bras, le thorax et les membres inférieurs jusqu'au tiers supérieur des cuisses. Elle prédomine à la base du cou, aux aisselles, à la ceinture et à l'épigastre, sur les hanches, à la partie supérieure de la face interne des cuisses, sur les grandes lèvres et à la région péri-anale.

Elle est topographiquement symétrique. Cependant, il existe plusieurs nodules sur une large cicatrice d'op-

pendicectomie, tandis que du côté opposé on en aperçoit aucun sur le flanc gauche. Certaines lésions ont disparu en laissant des macules brunes. D'ailleurs, à la vitro-pression, la plupart des éléments apparaissent pigmentées.

Le prurit, contrairement à la règle, est surtout vif le matin et fait défaut la nuit.

Sur les joues, on note d'abord un érythème diffus, puis des exulcérations arrondies ou irrégulières, qui deviennent douloureuses au contact de certains aliments.

Les petites lèvres sont œdématisées, mais non ulcérées. Elles sont le siège d'un vif prurit.

L'état pulmonaire de la malade est actuellement bon : il n'y a plus de bacilles de Koch dans les crachats. Les autres appareils sont normaux. Les séro-réactions syphilitiques sont négatives. Pas d'antécédent personnel intéressant en dehors de la tuberculose pulmonaire et de la crise d'appendicite survenue en 1904.

Formule sanguine : 3.850.000 hématies.

70 % d'hémoglobine ; 9.600 globules blancs avec un pourcentage de 70 polynucléaires, 4 éosinophiles, 8 lymphocytes, 9 moyens mononucléaires, 9 grands mononucléaires. On a vu 1 normoblaste pour 100 leucocytes.

BIOPSIE. — Un fragment de nodule a été excisé et examiné au microscope par M. Lévy-Coblentz.

L'épiderme est le siège d'une acanthose très marquée. Plusieurs bourgeons inter-papillaires sont fortement hypertrophiés, élargies en massues. L'hypertrophie porte à la fois sur le corps muqueux et la couche granuleuse. La couche cornée n'a pas participé au processus

d'une façon proportionnelle. On voit de nombreuses mitoses normales dans l'assise basilaire.

Le derme papillaire contient un infiltrat cellulaire dense, formé d'histiocytes et de lymphocytes. Les capillaires sanguins des papilles sont dilatés : leur endothélium est tuméfié. En un point, on distingue un bouquet de capillaires néoformés. D'assez nombreux chromatophores existent dans les papilles.

Il n'y a aucune lésion rappelant celle du lichen plan.

Objectivement, il s'agit donc bien d'une lichénification hypertrophique circonscrite. Le type clinique ne concorde avec aucune des trois formes de lichénification décrites par Pautrier : prurigo nodulaire, lichénification géante des régions à peau fine, lichénification verruqueuse des membres inférieurs ; mais il emprunte ses caractères à chacune d'elles. Nouvel exemple de la variabilité des manifestations cliniques des lichénifications circonscrites, variabilité que nous avons déjà soulignée ici même (Bulletin 1933, p. 573) et qui rend difficile toute classification stricte.

Histologiquement, il s'agit bien d'une lichénification géante, avec cependant un assez faible développement des capillaires sanguins. En aucun point, on n'a trouvé de lésions rappelant celle du lichen plan, constatation à souligner, étant donné la fréquence du lichen plan au cours du traitement aurique et l'assez forte pigmentation des nodules.

L'étiologie de cette lichénification est incontestable. Sans doute l'éruption n'a-t-elle commencé que quinze jours après la dernière injection d'une forte série d'in-

jections de sels d'or. Mais elle s'est accompagnée d'une stomatite ulcéreuse d'un type bien connu chez les malades traités par l'or et n'ayant pas les caractères du lichen plan buccal.

Cette lichénification circonscrite hypertrophique constitue une complication cutanée rare du traitement aurique, les cas signalés jusqu'ici étant généralement des lichens plans cornés. (Gougerot, Buschke, etc.).

M. MILIAN. — Les lésions présentées par la malade de M. Sézary ne sont pas, en réalité, de la lichénification. Il s'agirait plutôt d'un véritable lichen plan car il existe sur la base du cou. Les papules qui ont la physionomie de la lésion élémentaire de cette affection et il pourrait s'agir d'un lichen plan verruqueux et c'est peut-être là le véritable diagnostic. Nous ne saurions préciser, vu le peu de temps et le peu de commodités que nous avons eu pour examiner la malade au musée, lieu de la présentation.

Mais d'autre part, sur le bord gauche de la langue, il y a une cicatrice en Y qui est des plus caractéristiques de la syphilis et qui me permet d'affirmer malgré toutes les réactions sérologiques négatives, que cette malade est syphilitique.

Dans les conditions mêmes, il n'y aurait rien d'impossible à ce que cette éruption post-aurique soit syphilitique.

Il y a d'ailleurs, à la partie supérieure du dos, des cicatrices qui ne cadrent pas avec le lichen plan.

Un traitement d'épreuve permettrait d'en juger.

Deuxième Observation

par MM. L.-M. PAUTRIER et J. RÆDERER

Réunion Dermatologique de Strasbourg
(Séance du 9 Janvier 1938)

Mlle J. J..., âgée de 44 ans, rien à noter dans les antécédents héréditaires. Antécédents personnels : A eu la rougeole et la scarlatine ; en 1906, pleurésie sans épanchement, suivie depuis, n'a jamais présenté de lésions pulmonaires nettes, même à la radioscopie. En 1929, fait une arthrite du pied gauche, immobilisation pendant six mois dans un appareil plâtré. En 1930, 1931 et 1932, remarque des douleurs peu intenses au niveau des articulations du pied et du poignet et constate que les mouvements deviennent difficiles et ont tendance à ne plus pouvoir exécuter jusqu'au maximum. En 1933, radiogramme des articulations en chirurgie B. Le docteur Kuhlmann qui les a fait pratiquer, aurait constaté une décalcification. Il faut une petite intervention dont la malade ne peut pas préciser la nature exacte sur la parathyroïde, fin 1932. La malade constate que les mouvements des articulations deviennent plus faciles après cette intervention ; le médecin traitant, docteur K..., propose des injections de sels d'or. Le traitement est appliqué fin octobre 1933. Première série de 10 piqûres de 1 centimètre cube chaque, janvier 1934, deuxième série de piqûres, 10 ampoules de 2 centimètres cubes. En février-mars, troisième série de 10 piqûres de 3

centimètres cubes (la malade ne se rappelle pas le nom du produit). Au mois de mars 1934, vers la fin de la troisième série de piqûres, la malade ressent une sécheresse et un état de tension des lèvres, puis des démangeaisons au niveau des plis articulaires et voit apparaître à ce niveau des lésions bourgeonnantes et suintantes qui font aussi leur apparition en dernier lieu au niveau des aines et enfin au niveau du cou, des cuisses et du tronc. Fin mars, la malade consulte le docteur Røederer qui fait quelques injections intraveineuses d'hyposulfite de soude et de chlorure de calcium, n'ayant à ce moment-là que les lésions du bras. La malade remarque à ce moment-là que ses lèvres desquamement et qu'elle a un voile grisâtre adhérent sur la langue et la muqueuse des joues.

A ce moment-là, elle montre des lésions du corps : les lésions siègent à la face antérieure des deux poignets où elles forment un placard losangique 9-5 centimètres. Dans la saignée, de chaque côté, placards irrégulièrement losangiques aussi, mesurant 9-6 centimètres à gauche. Des deux côtés du cou, lésion en triangle à sommet supérieur, mesurant 4-5 centimètres à droite, 5-6 centimètres à gauche. Dans les aisselles, placards en triangles isocèle, à base supérieure de 20 centimètres de long à droite, de 25 centimètres de long à gauche. Sur l'omoplate droite et l'omoplate gauche, semis de lésions isolées, arrondies, ne dépassant pas la dimension d'un jeton de 50 centimes.

Face antérieure du thorax : les seins sont libres, les lésions débutant dans la gouttière sternale à mi-hau-

teur des seins, par endroits isolées, de la grosseur d'une lentille à celle d'une pièce de 1 franc ; par endroits se fusionnant pour former des placards arrondis à contours polycycliques, ne dépassant pas la dimension d'une pièce de 5 francs. L'ombilic est libre. Puis les lésions se fusionnent pour former un grand placard triangulaire à bases à peu près horizontales, situé trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et dont le sommet traversant les poils du pubis qui n'ont pas subi de modification apparente s'arrête un peu au-dessus de la vulve. Dans les aines, lésions isolées de même que sur les flancs. Enfin à la face interne des cuisses, débutant à la hauteur du pli inguinal, grand placard irrégulièrement triangulaire de 35 centimètres de long à droite, de 20 centimètres de long à gauche. Les creux poplités présentent quelques lésions isolées, les jambes, la plante des pieds, de même que la paume des mains sont indemnes. Tel est l'état que présente la malade au début de juin 1934.

Au niveau des muqueuses on constate que les lèvres desquament un peu en une coloration blanchâtre, que la langue, la muqueuse des joues, présentant un aspect laiteux parsemé par-ci par-là d'érosions superficielles de teinte jaunâtre, ne dépassant pas la dimension d'une grosse tête d'épingle. Les lésions cutanées sont nettement arrêtées, font saillie de 1 à 3 millimètres au-dessus de la peau saine ; les placards que forment les lésions fusionnées sont sillonnés par des plis, la nuance des lésions est d'un rouge vineux tirant un peu sur le brun. Elles sont renitentes au toucher, présentent une des-

quamation épidermique très fine, suintent au niveau des placards, tandis que les lésions isolées sont sèches.

L'examen des viscères des grandes cavités n'offre rien de particulier. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. L'examen du sang donne le résultat suivant :

Globules rouges, 4.000.000.

Globules blancs, 10.200.

dont :

Polynucléaires neutrophiles	69 %
Eosinophiles	14 %
Moyens mononucléaires	3 %
Petits mononucléaires	6 %
Monocytes	7 %

Ajoutons au point de vue objectif, que les lésions étaient le siège de démangeaisons extrêmement violentes, qui avaient débuté avec l'apparition de l'éruption, survenant par crises, surtout diurnes parfois nocturnes, prurit intolérable qui avait mis la malade dans un état nerveux pénible et qui devaient persister jusqu'à la guérison totale des lésions.

Le traitement consiste dès le début en l'application de pâte ichtyolée, puis par endroits de pâte pyrogallique, puis, par application de 3-4 sur 2 millimètres.

Au cours de la fin du mois de juin et début de juillet les lésions s'assèchent, mais restent dures et résistantes. Les lésions buccales sont traitées par des bains de bouche et des applications de bleu de méthylène en solution. Au commencement du mois d'août, les lésions s'affaissent, commencent à se pigmenter, au niveau de

la bouche plus d'érosions, le voile blanchâtre uniforme a disparu et on trouve du niveau de l'interligne dentaire quelques lésions discrètes d'un blanc nacré, affectant la forme d'une feuille de fougère et dont on ne peut faire que du lichen plan.

A la fin du mois d'août les lésions continuent à s'affaïsser, on applique du glycérolé aux trois acides : fin octobre il n'y a plus traces de lésions, mais l'emplacement qu'elles occupaient porte des macules pigmentaires donnant l'aspect d'une peau de léopard et qui s'éclaircissent très lentement. Ce n'est qu'en été de 1935 que les macules ont totalement disparu. La malade revenue en janvier 1938 ne présente plus rien à la peau. La muqueuse buccale est normale. L'état général est satisfaisant.

L'aspect clinique de ces lésions était si extraordinaire que nous hésitâmes tout d'abord à porter un diagnostic. Le cas était d'autant plus difficile à interpréter qu'il s'agissait d'une infirmière chez laquelle le sentiment de pudeur avait pris une importance si anormale que ce n'est que petit à petit, de jour en jour, et par des déshabillages obtenus successivement, d'examen en examen que nous pûmes arriver à prendre connaissance de l'ensemble de l'éruption et à en obtenir des photographies. Ces lésions verruqueuses n'éveillaient nullement dans notre cas l'idée de psoriasis comme pour le malade de Margarot, mais plutôt des lésions lichéniennes. D'autre part, elles se présentaient comme des lésions verruqueuses qui n'avaient rien d'un lichen plan mais ressemblaient beaucoup plutôt à

des lichénifications verruqueuses, diagnostic qui était rendu vraisemblable par l'intensité et la durée du prurit. Nulle part, les lésions les plus jeunes ne ressemblaient à la papule d'un lichen plan : elles s'offraient comme des petites lésions arrondies et non polygonales, non brillantes à leur surface, mais recouvertes d'un enduit squameux. D'autre part, les lésions buccales, l'aspect laiteux des muqueuses de la langue et des joues, parsemées d'érosions superficielles, éveillaient *invinciblement l'idée d'un lichen plan buccal d'origine aurique.*

Dans ces conditions l'examen histologique s'imposait et nous pûmes obtenir de la malade qu'elle nous en laissât pratiquer deux :

Examen histologique : Première biopsie portant sur un élément jeune, de la dimension d'une petite lentille, arrondi, recouvert de squames.

La lésion a été largement enlevée et se trouve entourée sur ses deux bords par une peau saine. Il s'agit manifestement d'une lésion, histologiquement jeune, excisée dans sa totalité et qui se montre constituée par une papule dermo-épidermique.

En partant de l'épiderme sain et en se dirigeant vers la lésion, on voit l'épiderme s'épaissir et devenir légèrement végétant. En même temps il ne présente plus le dessin régulier de ses crêtes papillaires ; les papilles s'élargissent considérablement, s'arrondissent en coupoles et sont séparées les unes des autres par des prolongements interpapillaires irréguliers, massués, acanthosiques, cependant que par les régions dermi-

ques sous-jacentes sont occupées par un infiltrat dense.

Si l'on examine les différentes couches de l'épiderme, on constate que la couche cornée est manifestement épaissie, en légère hyperkératose, bien qu'en nombre d'endroits elle ait été détachée par le rasoir. La couche granuleuse est également épaissie, mais de façon irrégulière, présente des alternatives d'amin-cissement et d'épaississement. Le corps muqueux de Malpighi ne présente pas d'altérations appréciables dans ses couches superficielles, sinon qu'il est le siège d'une exocytose appréciable de polynucléaires. Par contre, il est particulièrement intéressant à étudier dans ses couches inférieures. La basale est, en effet, à peu près partout absente, de sorte que ce sont les dernières assises du stratum filamentosum qui sont directement en contact de l'infiltrat dermique, et il est plus logique de donner maintenant la description des lésions dermiques, puis celles des rapports dermo-épidermiques.

Dans toute la région correspondante à l'épiderme végétant et dessinant les grandes coupes arrondies que nous venons de décrire, tout le corps papillaire et le derme superficiel sont envahis par un infiltrat dense, parcouru par de nombreux vaisseaux dilatés, infiltrat composé de lymphocytes, d'histiocytes et de fibriocytes. La limite inférieure de l'épiderme, nous l'avons dit, n'est plus représentée par une basale mais directement par des cellules filamenteuses. C'est dire que l'infiltrat a détruit la basale et on le voit dissocier les cellules filamenteuses qui sont à son contact. Nombre

d'entre elles sont à demi détachées, ne tenant plus au stratum filamentosum que par un point de leur contour, et prêtes à tomber dans l'infiltrat sous-jacent. Un certain nombre d'entre elles se transforment en boules colloïdes que l'on retrouve dans l'infiltrat.

Enfin sur de nombreux points, des décollements circiformes séparent l'infiltrat des cellules épidermiques sus-jacentes. *Au total, on trouve donc tout l'ensemble des lésions caractéristiques permettant de poser le diagnostic de lichen plan.*

DEUXIÈME BIOPSIE. — La deuxième biopsie a porté sur le rebord du grand placard surélevé, verruqueux, corné, de la cuisse, siège d'un prurit violent. Les lésions s'y montrent entièrement différentes de celles de la première biopsie.

Ici encore, le prélèvement ayant été large comprend une large bordure de peau saine, et en se dirigeant vers la lésion on voit l'épiderme s'épaissir progressivement, pour aboutir à une hypercanthose monstrueuse, quatre ou cinq fois plus importante que celle de la première lésion.

Ici, d'ailleurs, il ne s'agit plus de papilles s'arrondissant en coupes, mais d'immenses prolongements interpapillaires, digités, s'enfonçant profondément dans le derme et délimitant entre eux des papilles hautes et étroites.

La couche cornée, extrêmement épaissie, surtout dans la partie centrale, forme par places de véritables masses végétantes de volumineux bouchons cornés, parfois effrités en surface par le rasoir et qui s'enfon-

cent dans de larges dépressions épidermiques sous-jacentes. La granuleuse est également épaissie, en rapport avec l'hyperkératose.

Le corps muqueux extrêmement végétant est traversé par de nombreux leucocytes en exocytose. Comme tous les épidermes végétants, il montre par place des signes de souffrance, en particulier des « corps ronds », dûs à des cellules malpighiennes désmolysées, ayant perdu leurs filaments d'union et se kératinisant isolément, rien ne montre mieux la banalité de cette lésion de dyskératose.

Un infiltrat principalement histiocytaire et fibrocytaire et accessoirement lymphocytaire occupe les papilles et la zone dermique, surtout au contact des longs bourgeons épidermiques acanthosiques ; on trouve également de nombreux vaisseaux dilatés. Toutefois l'infiltrat est surtout dense en profondeur, à la limite épidermique ; il peut faire presque totalement défaut dans les longues et hautes papilles, surtout à la partie supérieure de ces dernières ; par contre elles peuvent alors se montrer presque complètement remplies par de larges dilatations vasculaires ou lymphatiques.

Au total on le voit, l'image histologique est sensiblement celle que l'un de nous a décrite dans la lichénification verruqueuse (lichen corné hyperthrophique). Nulle part, on ne trouve la moindre trace de lésion de lichen plan.

L'examen histologique fournit donc deux images toutes différentes, pour nos deux biopsies, et il est fort heureux que nous en ayons fait deux, car chacune

d'entre elles isolément, ne nous aurait fourni qu'un aspect du problème : *l'une, la lésion jeune, est un lichen plan typique ; l'autre, ayant porté sur le grand placard verruqueux et extrêmement prurigineux depuis plusieurs mois, est une lichénification verruqueuse, sans trace de lichen plan.*

Notre malade, à la suite d'injections de sels d'or, a donc fait des lésions de lichen plan authentique et, sous l'influence d'un prurit violent et prolongé, une lichénification verruqueuse.

Le lichen plan est encore confirmé par les lésions buccales et par la pigmentation consécutive aux lésions cutanées, qui a duré près de deux ans.

Il convient de citer le cas de lichénification hypertrophique et nodulaire aurique publié par MM. Sézary et Kipfer, dans la séance de novembre 1937 de la Société de Dermatologie, et qui paraît superposable à notre cas, puisqu'il s'agit, après des injections de sel d'or pour tuberculose pulmonaire, d'une éruption de nappes papuleuses fortement infiltrées et de nodules saillantes, hémisphériques ou bosselés, ferme au toucher, recouverts de squames adhérentes, siège d'un vif prurit. Or, l'histologie faite par M. G. Lévy-Coblentz a montré des lésions de lichénification hypertrophique circonscrite participant aux lésions que j'ai décrites dans le prurigo nodulaire, la lichénification géante et la lichénification verruqueuse.

Aussi les auteurs se croient-ils en droit d'éliminer le lichen plan.

J'avoue qu'il me reste un doute : ces lésions cutanées ont disparu en laissant une pigmentation nette et, d'autre part, elles s'accompagnaient de lésions érythémateuses avec exulcérations au niveau de la muqueuse des joues. Je me demande si une seconde biopsie pratiquée sur une autre lésion n'aurait pas montré les lésions du lichen plan.

Il est certain que dans notre cas si nous n'avions pratiqué qu'une seule biopsie, sur le placard verruqueux, nous aurions certainement conclu comme M. Sézary à une lichénification anormale pure et aurions méconnu le lichen plan. Il reste en tout cas bien établi que les sels d'or peuvent produire un type bien particulier de lésions lichéniennes verruqueuses, très prurigineuses, représentées par une association de lichen plan et de lichénification verruqueuse.

Troisième Observation

par MM. GOUGEROT et BURNIER

Mme B..., âgée de 30 ans, atteinte de lupus érythémateux de la face en plaques disséminées, est traitée depuis le 10 mars 1931 par des injections de crisalbine; elle reçoit une injection de 10 centigrammes, puis une injection hebdomadaire de 25 centigrammes. Le 10 mai 1931, après la 10^e injection, la malade accuse une sensation de sécheresse de la bouche ; à l'examen on constate, au niveau des dernières molaires, un petit placard blanchâtre, ovalaire de 2 centimètres de long sur 1 de large, réticulé, nacré, analogue à une plaque

de lichen plan jugal. On cesse la crisalbine ; la lésion disparaît en 25 jours. La malade revient le 28 juillet avec une nouvelle poussée de lupus érythémateux qui s'était affaïssée avec le premier traitement ; la malade reçoit 2 injections de 10 centigrammes de crisalbine, 2 de 15 centigrammes, 2 de 20 centigrammes, 2 de 25 centigrammes (1 par semaine) ; le traitement fut bien supporté, à part quelques douleurs articulaires qui n'empêchèrent pas de continuer le traitement. Après la 8^e injection, le 16 septembre 1931, la malade accuse à nouveau une sensation de sécheresse de la bouche et l'on constate sur les deux joues au niveau de l'interligne dentaire une bande linéaire de 2 centimètres de haut, allant de grosses molaires aux commissures labiales, de coloration blanchâtre, reticulée, analogue à du lichen plan jugal. On cesse la chrysothérapie ; les lésions pâlisent progressivement, mais encore visibles le 10 novembre.

Quatrième Observation

par MM. GOUGEROT et BURNIER

Mme F..., âgée de 33 ans, atteinte de lupus érythémateux de la face depuis 1927, reçoit en octobre-décembre 1928 5 injections de 10 et 25 centigrammes de crisalbine qui amenèrent la disparition des lésions. Une récurrence survint en mai 1930 ; on fait 7 injections de 25 centigrammes de crisalbine qui font régresser le lupus et sont parfaitement supportées. En mai 1931, une nouvelle récurrence se produit ; on fait à nouveau

10 injections de 25 centigrammes de crisalbine dont l'efficacité paraît diminuée. Après la 10^e injection, la malade accuse un goût spécial dans la bouche et signale l'existence d'une plaque blanche sur la joue droite ; on constate en effet un placard ovalaire de 2 centimètres de long sur 1 de large, blanchâtre, réticulé analogue à une plaque de lichen plan jugal. On cesse la chrysothérapie ; la lésion pâlit progressivement et guérit en un mois.

Ces faits prouvent la fréquence des lichens plans déclanchés par l'or. Les statistiques montrent que la plupart des cas des taches blanches dites stomatite nacrée post-aurique ne sont que des cas de lichen plan buccal déclanchés par la chrysothérapie.

Cinquième Observation

par MM. Paul BLUM et NADEL

Une jeune fille de 21 ans, ayant eu une pleurésie gauche et présentant des signes de bacillose pulmonaire reçoit 8 piqûres hebdomadaires d'un sel d'or dosé à 5 centigrammes, soit en tout 40 centigrammes d'or. Un mois après la dernière piqûre, elle présente un prurit intense et une affection qui, au témoignage de la malade, ressemble à une éruption toxique avec atteinte des téguments et du cuir chevelu.

Petit à petit s'installe une pigmentation noirâtre, melanodermique sur le tronc, sur les flancs, sur les membres, sur la face, sur les muqueuses, pigmentation indélébile.

En même temps la malade a du lichen plan buccal et jugal.

L'existence de petites papules sur les éléments mélanodermiques, leur aspect circiné en certains points, réticulé en d'autres, nous fait penser à un lichen plan cutané, hyperpigmenté.

L'histologie confirme le diagnostic de lichen plan cutané pigmenté.

M. MILIAN. — Il est incontestable que le lichen plan est beaucoup plus souvent déclanché par l'or que par l'arsenic ; les nombreux cas publiés en sont la preuve. Il serait intéressant, comme je l'ai déjà partiellement tenté, de classer les maladies par leur générateur biotrope. Il est certain que le classificateur serait ici plutôt l'or que l'arsenic.

M. Gougerot, dans l'observation, invoque un cas de lichen plan atypique des muqueuses, ce cas revêtant une forme fruste, teinte opaline jugale. Cela est à opposer aux formes intenses qu'on observe également avec le même médicament provocateur.

Les réactions biotropiques pourront ainsi contribuer à éclairer les formes cliniques des dermatoses.

ENSEIGNEMENTS QUI EN DECOULENT NATURE TUBERCULEUSE VRAISEMBLABLE

Mon maître, M. Milian, dit que la fréquence des lichens plans auriques paraît résulter non du médicament, mais des sujets auxquels il s'adresse, c'est-à-dire aux tuberculeux. L'or étant le médicament des tuberculeux, le lichen plan aurique n'est que l'expression d'un biotropisme tuberculeux se manifestant sous la forme d'une dermatose tuberculeuse. Le lichen plan apparaît donc comme une tuberculide.

Pour justifier la nature tuberculeuse du lichen plan, M. Milian se base sur les faits suivants :

A. — *Au point de vue clinique*

a) La grande fréquence du lichen plan chez des personnes présentant des lésions tuberculeuses anciennes ou en activité, des formes fibreuses d'une tuberculose pulmonaire, des adénopathies, des cicatrices caractéristiques d'anciens ganglions suppurés, des hydarthroses, des osteites et des séquelles d'osteites bacillaires.

b) On voit des antécédents familiaux chargés : la mère, le père, la sœur ou le mari, etc., qui ont eu des lésions franches.

c) Le lichen corné verruqueux a une ressemblance frappante avec la tuberculose verruqueuse.

d) Il est souvent folliculaire comme des dermatoses tuberculeuses.

e) La construction histologique, notamment celle du lichen nitidus, présente une analogie histologique avec les tuberculides.

f) L'action favorable des sels d'or sur les lésions de lichen plan. La première piqure supprime souvent la démangeaison et plusieurs blanchissent l'éruption.

g) Des faits de biotropisme directs et indirects observés chez des personnes atteintes de lichen plan, ou d'une autre lésion bacillaire et traitées pour celle-là et où les sels d'or déclenchent un lichen plan généralisé en stimulant, le microorganisme causal, ou parfois même éveillent chez un sujet syphilitique ou autre un microorganisme latent comme le bacille de Koch ou ses formes de transition.

Tous ces arguments sont suffisamment probants pour accepter l'étiologie tuberculeuse du lichen plan.

TRAITEMENT.

Suppression de l'or.

Curatif.

Lait.

Valériane.

CONCLUSION

I. — Le lichen plan aurique est une dermatose qui se manifeste au cours des traitements par les sels d'or. Cliniquement on distingue des formes typiques intenses généralisées et des formes atypiques, qu'on peut subdiviser en :

- a)* Stomatite opaline ;
- b)* Formes associées ;
- c)* Formes lichénifiées.

II. — Le diagnostic de lichen plan est confirmé, d'une part, par l'examen histologique et, d'autre part, par l'évolution clinique. En effet, les lésions de lichénification en guérissant laissent à leur place des taches pigmentaires noirâtres. C'est ce reliquat pigmentaire si commun à la période de guérison du lichen plan qui permet de faire le diagnostic.

III. — La nature du lichen plan est encore discutée, la théorie tuberculeuse paraît actuellement la plus vraisemblable.

IV. — La conception biotropique éclaire la pathogénie de ces lichens plans post-médicamenteux. Elle fait du lichen plan survenant au cours du traitement par l'or une dermatose dont l'agent infectieux ou parasitaire a été réveillé et exalté par le médicament lui-même.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
ABRAMI.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- MILIAN. — Nouvelle Pratique Dermatologique, t. VII.
— Le Biotropisme.
— Bulletin de la Société Franç. de Dermat. et de Syph., janvier 1939.
- PAUTRIER. — Nouvelle Pratique Dermatologique, tome IV.
- PAUTRIER ET RŒDERER. — Bulletin de la Société Franç. de Dermat. et de Syph., février 1938.
- GOUGEROT. — Précis de Dermatologie.
- GOUGEROT ET BURNIER. — Société de Dermatologie et de Syph., 1931, p. 1332.
- BLUM ET NADEL. — Société de Dermat. et de Syph., 1931.
- SEZARY ET KIPFER. — Société de Dermat. et de Syph., 1937.
- DARIER. — Précis de Dermatologie.
- J. TETAU. — Thèse de Paris, 1929. Le lichen plan. Accident de sels d'or.

